



Colombier Saignieu

PLANÈTES MAGIQUES



Pôle EJE

Enfance, jeunesse et éducation

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

ENFANT

Photo

Nom: _____ Prénom: _____ sexe: F M

Date de naissance: ____/____/____ Lieu de naissance: _____ Age: _____ ans

Groupe scolaire à la rentrée 2024/2025 _____ Classe / Niveau _____

Nom de l'enseignant.e (si enfant scolarisé à Colombier Saignieu) _____

RESPONSABLE 1

Célibataire Marié.e Pacsé.e Divorcé.e Vie maritale Veuf.ve Séparé.e

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Adresse complète : _____



Professionnel _____

Adresse e-mail : (elle sera votre identifiant pour l'Espace Famille)

_____ @ _____

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI NON

Souhaitez-vous communiquer par email ? OUI NON

RESPONSABLE 2

Célibataire Marié.e Pacsé.e Divorcé.e Vie maritale Veuf.ve Séparé.e

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Adresse complète : _____



Professionnel _____

Adresse e-mail : si vous souhaitez avoir vos propres accès à l'Espace Famille, vous pouvez nous communiquer votre e-mail (différent du responsable 1)

_____ @ _____

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI NON

Souhaitez-vous communiquer par email ? OUI NON

VOTRE DOSSIER DOIT COMPORTER :

- DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025 PLANETES MAGIQUES
- + FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

CE DOSSIER COMPLET DOIT ÊTRE
TRANSMIS OBLIGATOIREMENT AU
POLE ENFANCE/PLANETES MAGIQUES

Documents à joindre obligatoirement au dossier :

- Attestation CAF (Quotient Familial) de moins de 3 mois (sans ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué pour les habitants de Colombier) et dernier avis d'imposition.
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture Electricité, Eau...)
- Attestation d'assurance scolaire/périscolaire 2024/2025 (à fournir avant le 13/09/2024)
- Photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé (+ PAI si besoin)
- Une photographie de l'enfant pour l'identifier sur le logiciel (nouveaux inscrits)
- Un test d'aptitude à la baignade (uniquement enfant en classe CE2/CM1/CM2, pour les sorties ou séjours)

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

REGIME ALIMENTAIRE

- Sans porc OUI NON
- Sans viande OUI NON
- Allergie alimentaire OUI NON Si OUI, merci de fournir **obligatoirement** le PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ainsi qu'un Panier Repas pour le restaurant scolaire et/ou le goûter pour le périscolaire du soir.

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

	<u>A partir du :</u>	<u>Et jusqu'au :</u>	<u>Garde alternée :</u>
⇒ Restauration scolaire			
Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
⇒ Accueil périscolaire			
Matin Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Soir Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
⇒ Accueil de loisirs du Mercredi (hors vacances scolaires)	i _____	_____	_____
Matin sans repas <input type="checkbox"/> Matin avec repas <input type="checkbox"/>	i fermeture exceptionnelle le mercredi 4 septembre 2024		
Après-midi (à partir de 13h30) <input type="checkbox"/>			
Journée complète <input type="checkbox"/>			

Pour un gain de temps, nous pourrions effectuer vos réservations sur le logiciel iNoé pour les activités notées ci-dessus. Nous vous demandons de les vérifier et/ou les modifier si nécessaire, dès l'ouverture de l'Espace Famille, le lundi 19 août 2024.

⇒ **Accueil de loisirs Vacances Scolaires**

Souhaitez-vous inscrire votre enfant à l'accueil de loisirs pendant les vacances scolaires ? Oui Non

Nous vous invitons à relever dans le règlement intérieur les dates d'inscription pour chaque période de vacances scolaires.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____ autorise mon enfant _____ à participer à toutes les activités de Planètes Magiques, et

	OUI	NON
- autorise Planètes Magiques à consulter mon dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources CAF (quotient familial, enfant à charge.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise Planètes Magiques à photographier ou filmer mon enfant pendant les activités et à le diffuser sur le site internet de la commune ou sur l'Espace Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise le responsable de Planètes Magiques à prendre toutes les mesures d'urgence sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise le responsable de Planètes Magiques à administrer les médicaments prescrits uniquement sur ordonnance médicale transmise par les parents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant à emprunter les transports en bus ou minibus lors des sorties.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise Planètes Magiques à m'envoyer des Mailing et/ou sms.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant en classe élémentaire uniquement, à rentrer seul à mon domicile à l'issue de toutes les activités à 18h30.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- m'engage à régler les factures des activités avant la date limite de paiement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- accepte le consentement de saisie des informations (loi RGPD) à la première connexion de l'Espace Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter son application pour le bon fonctionnement de Planètes Magiques. Je confirme la présente inscription, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à _____ le _____

Signatures des représentants légaux

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

1 – ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

Né.e le : ____/____/____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite fin 2025.

Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Merci de fournir **OBLIGATOIREMENT** la copie des vaccins.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

3.1 - L'enfant présente-t-il un problème de santé, si oui, préciser oui non

3.2 - L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3.3 - Allergies :

⇒ **ASTHME** oui non

⇒ **MEDICAMENTEUSES** oui non si oui, préciser _____

⇒ **AUTRES (animaux, plantes, pollens...)** _____

⇒ **ALIMENTAIRES** oui non si oui, préciser les aliments à proscrire et fournir **OBLIGATOIREMENT un PAI et un panier repas et/ou un goûter**

Si « oui » est coché 1 fois, joindre un certificat médical ou le PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?
Comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc ... Préciser.

Observations diverses :

4 - COORDONNEES MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom du Médecin traitant : _____

Tél : _____

Je soussigné.e, _____ responsable légal de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état de mon enfant.

Date :

Signature :

5 - PERSONNES A PREVENIR (autres que les responsables légaux)

* cocher les cases souhaitées

Noms-Prénoms	Téléphones	Lien de parenté	A prévenir en cas d'urgence (autre que les responsables légaux) *	A venir récupérer l'enfant (autre que les responsables légaux) *	Interdiction à venir récupérer l'enfant *